

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(НИУ «БелГУ»)

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

**ПМК Клинических дисциплин**

**ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**Дипломная работа студентки**

**очно-заочная форма обучения  
Специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051582  
Абрамовой Анны Алексеевны**

Научный руководитель: Самсонова А. В.

Рецензент: Медицинская сестра общебольничного  
медицинского персонала  
ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»  
Круглякова Л.В.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ .....	5
1.1 Клинические проявления, диагностика, терапия и факторы риска при хронической обструктивной болезни легких.....	5
1.2 Современный взгляд на сестринский уход при хронической обструктивной болезни легких.....	14
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ .....	20
2.1 Материалы и методы исследования.....	20
2.2 Анализ результатов собственных исследований.....	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	46
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ .....	48
ПРИЛОЖЕНИЯ. ....	53

## ВВЕДЕНИЕ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся ограничением воздушного потока с развитием не полностью обратимой бронхиальной обструкции.

ХОБЛ относится к наиболее распространенным заболеваниям человека, которое обусловлено загрязнением окружающей среды, табакокурением и повторяющимися респираторными инфекциями. Болезнь имеет неуклонно прогрессирующее течение, приводящее к снижению трудоспособности, инвалидизации, обострению заболевания [3, с. 72]

**Актуальность** работы определяется тем, что согласно официальной статистике, в Российской Федерации насчитывается приблизительно один миллион больных ХОБЛ. Среди больных преобладают лица старше 40 лет. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), летальность от хронической обструктивной болезни легких занимает пятое место. Смертность от ХОБЛ возникла более чем в 95% случаев у лиц старше 55 лет и была в 10 раз выше у курильщиков. Причины смерти от ХОБЛ свидетельствуют о недостаточной противовоспалительной терапии и несвоевременно оказанной помощи при обострении [19, с. 45]

Таким образом, главным показателем эффективности терапии при ХОБЛ является поддержание контроля над заболеванием, предупреждение заболевания, своевременное выявление факторов риска и профилактики обострений заболевания. И в этом большая роль отводится медицинской сестре, она влияет на ход заболевания, прогноз заболевания, качество жизни больного, инвалидизацию и исход заболевания.

**Объект исследования:** сестринский уход.

**Предмет исследования:** сестринский уход при хронической обструктивной болезни легких.

**Цель исследования:** изучить особенности организации сестринской деятельности при уходе за пациентом с хронической обструктивной болезнью легких.

Для реализации поставленной цели, были поставлены следующие **задачи:**

1. Изучить и проанализировать научно-методическую литературу, нормативную документацию, порядки и стандарты оказания медицинской помощи при хронической обструктивной болезни легких.

2. Дать подробную характеристику заболеванию.

3. Практическим путем раскрыть значимость сестринской деятельности в организации ухода за пациентом с хронической обструктивной болезнью легких.

**Гипотеза исследования** заключается в том, что своевременное, грамотное и качественное оказание сестринской помощи при хронической обструктивной болезни легких поможет снизить риск осложнений и повысить качество жизни больных и их социализацию.

**Практическая значимость** работы заключается в разработке сестринского ухода и рекомендаций пациентам по самоуходу.

В работе были использованы следующие **методы:** библиографический метод, приемы абстрактно-аналитического осмысления, метод научного анализа, метод научного синтеза и обобщения, анкетирование с интерпретацией результатов.

**Структура** дипломной работы обусловлена целью и задачами исследования, логикой изложения материала и состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

## 1.1 Клинические проявления, диагностика, терапия и факторы риска при хронической обструктивной болезни легких

Среди причин, вызывающих развитие хронической обструктивной болезни легких, 90-95% отводится табакокурению. Среди прочих факторов (около 5%) выделяют производственные вредности (вдыхание вредных газов и частиц), респираторные инфекции детского возраста, сопутствующую бронхолегочную патологию, состояние экологии [23, с. 95]. У менее, чем 1% пациентов, в основе ХОБЛ лежит генетическая предрасположенность, выражающаяся в дефиците альфа1-антитрипсина, образующегося в тканях печени и защищающего легкие от повреждений ферментом эластазой. Среди профессиональных вредностей в числе причин развития ХОБЛ лидируют контакты с кадмием и кремнием, обработкой металлов, вредная роль продуктов, образующихся при сгорании топлива. ХОБЛ является профессиональным заболеванием шахтеров, железнодорожников, строителей, контактирующих с цементом, рабочих целлюлозно-бумажной и металлургической промышленности, сельхозработчиков, занятых переработкой хлопка и зерна.

При ХОБЛ страдают как дыхательные пути, так и ткань самого лёгкого – лёгочная паренхима.

Начинается заболевание в мелких дыхательных путях с закупорки их слизью, сопровождающейся воспалением с формированием перибронхиального фиброза (уплотнение соединительной ткани) и облитерации (заращение полости).

При сформировавшейся патологии бронхитический компонент включает:

- гиперплазию слизистых желёз (избыточное новообразование клеток);
- слизистое воспаление и отёк;
- бронхоспазм и закупорку дыхательных путей секретом, что приводит к сужению дыхательных путей и увеличению их сопротивления.

Эмфизематозный компонент приводит к разрушению конечных отделов дыхательных путей – альвеолярных стенок и поддерживающих структур с образованием значительно расширенных воздушных пространств. Отсутствие тканевого каркаса дыхательных путей приводит к их сужению вследствие тенденции к динамическому спадению во время выдоха, что становится причиной экспираторного коллапса бронхов [4, с. 36]

Ко всему прочему, разрушение альвеолярно-капиллярной мембраны влияет на газообменные процессы в лёгких, снижая их диффузную способность. В результате этого возникают уменьшение оксигенации (кислородное насыщение крови) и альвеолярной вентиляции. Происходит избыточная вентиляция недостаточно перфузируемых зон, приводящая к росту вентиляции мёртвого пространства и нарушению выведения углекислого газа  $\text{CO}_2$ . Площадь альвеолярно-капиллярной поверхности уменьшена, но может быть достаточной для газообмена в состоянии покоя, когда эти аномалии могут не проявляться. Однако при физической нагрузке, когда потребность в кислороде возрастает, если дополнительных резервов газообменивающихся единиц нет, то возникает гипоксемия – недостаток содержания кислорода в крови.

Появившаяся гипоксемия при длительном существовании у пациентов с ХОБЛ включает ряд адаптивных реакций [24, с. 35] Повреждение альвеолярно-капиллярных единиц вызывает подъём давления в лёгочной артерии. Поскольку правый желудочек сердца в таких условиях должен развивать большее давление для преодоления возросшего давления в лёгочной артерии,

он гипертрофируется и расширяется (с развитием сердечной недостаточности правого желудочка).

Кроме того, хроническая гипоксемия способна вызывать увеличение эритропоэза, который впоследствии увеличивает вязкость крови и усиливает правожелудочковую недостаточность [9, с. 505].

Стадии течения ХОБЛ:

- Легкая
- Среднетяжелая
- Тяжелая
- Крайне тяжелая

Обратиться к врачу заставляют появившиеся одышка и кашель – самые распространённые симптомы заболевания (одышка почти постоянная; кашель частый и ежедневный, с выделениями мокроты по утрам) [2, с. 105]

Типичный пациент с ХОБЛ – курящий человек 45-50 лет, жалующийся на частую одышку при физической нагрузке.

Кашель – один из самых ранних симптомов болезни. Он часто недооценивается пациентами. На начальных стадиях болезни кашель носит эпизодический характер, но позже становится ежедневным.

Мокрота также относительно ранний симптом заболевания. На первых стадиях она выделяется в небольших количествах, в основном по утрам. Характер слизистый. Гнойная обильная мокрота появляется во время обострения заболевания.

Одышка возникает на более поздних стадиях заболевания и отмечается вначале только при значительной и интенсивной физической нагрузке, усиливается при респираторных заболеваниях. В дальнейшем одышка модифицируется: ощущение недостатка кислорода во время обычных физических нагрузок сменяется тяжёлой дыхательной недостаточностью и через время усиливается. Именно одышка становится частой причиной для того, чтобы обратиться к врачу.

Осложнениями ХОБЛ являются инфекции, дыхательная недостаточность и хроническое лёгочное сердце. Также у пациентов с ХОБЛ с большей частотой встречается бронхогенная карцинома (рак лёгкого), хотя она не является непосредственным осложнением болезни [25, с. 53]

Дыхательная недостаточность – состояние аппарата внешнего дыхания, при котором либо не обеспечивается поддержание напряжения  $O_2$  и  $CO_2$  в артериальной крови на нормальном уровне, либо оно достигается за счёт повышенной работы системы внешнего дыхания. Проявляется, главным образом, одышкой.

Хроническое лёгочное сердце – увеличение и расширение правых отделов сердца, которое происходит при повышении артериального давления в малом круге кровообращения, развившееся, в свою очередь, в результате лёгочных заболеваний. Основной жалобой пациентов также является одышка.

Если у пациентов кашель, выделение мокроты, одышки, а также были выявлены факторы риска развития хронической обструктивной болезни лёгких, то у них у всех должен предполагаться диагноз ХОБЛ.

Для того, чтобы установить диагноз, учитываются данные клинического обследования (жалобы, анамнез, физикальное обследование).

При физикальном обследовании могут выявляться симптомы, характерные для длительно протекающего бронхита: «часовых стекол» и/или «барабанных палочек» (деформация пальцев), тахипноэ (учащённое дыхание) и одышка, изменение формы грудной клетки (для эмфиземы характерна бочкообразная форма), малая подвижность её во время дыхания, западение межреберных промежутков при развитии дыхательной недостаточности, опущение границ лёгких, изменение перкуторного звука на коробочный, ослабленное везикулярное дыхание или сухие свистящие хрипы, которые усиливаются при форсированном выдохе (то есть быстром выдохе после глубокого вдоха). Тоны сердца могут прослушиваться с трудом [5, с. 102]. На

поздних стадиях может иметь место диффузный цианоз, выраженная одышка, появляются периферические отёки.

Для удобства заболевание подразделяют на две клинические формы: эмфизематозную и бронхитическую. Хотя в практической медицине чаще встречаются случаи смешанной формы заболевания.

Самый важный этап диагностики ХОБЛ – анализ функции внешнего дыхания (ФВД). Он необходим не только для определения диагноза, но и для установления степени тяжести заболевания, составления индивидуального плана лечения, определения эффективности терапии, уточнения прогноза протекания болезни и оценки трудоспособности. Установление процентного соотношения  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  чаще всего применяется в лечебной практике. Уменьшение объема форсированного выдоха в первую секунду к форсированной жизненной ёмкости лёгких  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  до 70 % – начальный признак ограничения воздушного потока даже при сохранённой  $ОФВ_1 > 80\%$  должной величины. Низкая пиковая скорость потока воздуха на выдохе, незначительно меняющаяся при применении бронходилататоров также говорит в пользу ХОБЛ.

При впервые диагностируемых жалобах и изменениях показателей ФВД спирометрия повторяется на протяжении года. Обструкция определяется как хроническая, если она фиксируется не менее 3-х раз за год (независимо от проводимого лечения), и диагностируется ХОБЛ [18, с. 29]

Мониторирование  $ОФВ_1$  – важный метод подтверждения диагноза. Спирометрическое измерение показателя  $ОФВ_1$  осуществляется многократно на протяжении нескольких лет. Норма ежегодного падения  $ОФВ_1$  для людей зрелого возраста находится в пределах 30 мл в год. Для пациентов с ХОБЛ характерным показателем такого падения является 50 мл в год и более [1, с. 96]

Бронхолитический тест – первичное обследование, при котором определяется максимальный показатель  $ОФВ_1$ , устанавливаются стадия и степень тяжести ХОБЛ, а также исключается бронхиальная астма (при положительном результате), избирается тактика и объём лечения, оценивается

эффективность терапии и прогнозируется течение заболевания. Очень важно отличить ХОБЛ от бронхиальной астмы, так как их объединяет клиническое проявление – бронхообструктивный синдром.

Однако подход к лечению одного заболевания отличается от другого. Главный отличительный признак при диагностике – обратимость бронхиальной обструкции, которая является характерной особенностью бронхиальной астмы. Установлено, что у людей с диагнозом ХОБЛ после приёма бронхолитика процент увеличения ОФВ<sub>1</sub> – менее 12% от исходного (или  $\leq 200$  мл), а у пациентов с бронхиальной астмой он, как правило, превышает 15%.

Рентгенография грудной клетки имеет вспомогательное значение, так как изменения появляются лишь на поздних стадиях заболевания.

ЭКГ может выявлять изменения, которые характерны для лёгочного сердца.

ЭхоКГ необходима для выявления симптомов лёгочной гипертензии и изменений правых отделов сердца [14, с. 22]

Общий анализ крови – с его помощью можно оценить показатели гемоглобина и гематокрита (могут быть повышены из-за эритроцитоза).

Определение уровня кислорода в крови (SpO<sub>2</sub>) – пульсоксиметрия, неинвазивное исследование для уточнения выраженности дыхательной недостаточности, как правило, у больных с тяжёлой бронхиальной обструкцией. Кислородная насыщенность крови менее 88%, определяемая в покое, указывает на выраженную гипоксемию и необходимость назначения оксигенотерапии.

Лечение ХОБЛ способствует:

- уменьшению клинических проявлений;
- повышению толерантности к физической нагрузке;
- профилактике прогрессирования болезни;
- профилактике и лечению осложнений и обострений;
- повышению качества жизни;
- снижению смертности [20, с. 54]

К основным направлениям лечения относятся:

- ослабление степени влияния факторов риска;
- образовательные программы;
- медикаментозное лечение.

Отказ от курения обязателен. Именно это является наиболее эффективным способом, который снижает риск развития ХОБЛ.

Производственные вредности также следует контролировать и снижать их влияние, применяя адекватную вентиляцию и воздухоочистители.

Образовательные программы при ХОБЛ включают в себя:

- базовые знания о заболевании и общих подходах к лечению с побуждением пациентов к прекращению курения;
- обучение тому, как правильно использовать индивидуальные ингаляторы, спейсеры, небулайзеры;
- практику самоконтроля с применением пикфлоуметров, изучение мер неотложной самопомощи [15, с. 264]

Обучение пациентов занимает значимое место в лечении пациентов и влияет на последующий прогноз.

Метод пикфлоуметрии даёт возможность пациенту ежедневно самостоятельно контролировать пиковый объём форсированного выдоха – показатель, тесно коррелирующий с величиной  $ОФВ_1$ .

Пациентам с ХОБЛ на каждой стадии показаны физические тренирующие программы с целью увеличения переносимости физических нагрузок.

Фармакотерапия при ХОБЛ зависит от стадии заболевания, тяжести симптомов, выраженности бронхиальной обструкции, наличия дыхательной или правожелудочковой недостаточности, сопутствующих заболеваний. Препараты, которые борются с ХОБЛ, делятся на средства для снятия приступа и для профилактики развития приступа. Предпочтение отдают ингаляционным формам препаратов [13, с. 29]

Для купирования редких приступов бронхоспазма назначают ингаляции  $\beta$ -адреностимуляторов короткого действия: сальбутамол, фенотерол.

Препараты для профилактики приступов:

- формотерол;
- тиотропия бромид;
- комбинированные препараты (беротек, беровент).

Если применение ингаляции невозможно или их эффективность недостаточна, то возможно необходимо применение теофиллина.

При бактериальном обострении ХОБЛ требуется подключение антибиотиков. Могут быть применены: амоксициллин 0,5-1 г 3 раза в сутки, азитромицин по 500 мг 3 раза в сутки, кларитромицин СР 1000 мг 1 раз в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин + клавулановая кислота 625 мг 2 раза в сутки, цефуроксим 750 мг 2 раза в сутки.

Снятию симптомов ХОБЛ также помогают глюкокортикостероиды, которые также вводят ингаляционно (беклометазона дипропионат, флутиказона пропионат). Если ХОБЛ протекает стабильно, то назначение системных глюкокортикостероидов не показано.

Традиционные отхаркивающие и муколитические средства дают слабый положительный эффект у пациентов с ХОБЛ.

У тяжёлых пациентов с парциальным давлением кислорода ( $pO_2$ ) 55 мм рт. ст. и менее в покое показана кислородотерапия.

На прогноз заболевания влияет стадия ХОБЛ и число повторных обострений. При этом любое обострение негативно сказывается на общем течении процесса, поэтому крайне желательна как можно более ранняя диагностика ХОБЛ. Лечение любого обострения ХОБЛ следует начинать максимально рано. Важно также полноценная терапия обострения, ни в коем случае не допустимо переносить его «на ногах» [6, с. 30]

Зачастую люди решаются обратиться к врачу за медицинской помощью, начиная со II среднетяжелой стадии. При III стадии болезнь начинает оказывать довольно сильное влияние на пациента, симптомы становятся более выраженным (нарастание одышки и частые обострения). На IV стадии происходит заметное ухудшение качества жизни, каждое обострение

становится угрозой для жизни. Течение болезни становится инвалидизирующим. Эта стадия сопровождается дыхательной недостаточностью, не исключено развитие лёгочного сердца.

На прогноз заболевания влияет соблюдение больным медицинских рекомендаций, приверженность лечению и здоровому образу жизни. Продолжение курения способствует прогрессированию заболевания. Отказ от курения приводит к замедлению прогрессирования заболевания и замедлению снижения ОФВ<sub>1</sub>. В связи с тем, что заболевание имеет прогрессирующее течение, многие пациенты вынуждены принимать лекарственные средства пожизненно, многим требуются постепенно возрастающие дозы и дополнительные средства в период обострений.

Наилучшими средствами профилактики ХОБЛ являются: здоровый образ жизни, включающий полноценное питание, закаливание организма, разумную физическую активность, и исключение воздействия вредных факторов. Отказ от курения – абсолютное условие профилактики обострения ХОБЛ [8, с. 93]

Имеющиеся производственные вредности, при постановке диагноза ХОБЛ – достаточный повод для смены места работы. Профилактическими мерами также являются избегание переохлаждений и ограничение контактов с заболевшими ОРВИ.

С целью профилактики обострений пациентам с ХОБЛ показана ежегодная противогриппозная вакцинация. Людям с ХОБЛ в возрасте 65 лет и старше и пациентам при ОФВ<sub>1</sub> < 40% показана вакцинация поливалентной пневмококковой вакциной [21, с. 108]

## 1.2 Современный взгляд на сестринский уход при хронической обструктивной болезни легких

Сестринский процесс при ХОБЛ (хронической обструктивной болезни легких) призван повысить качество жизни. Он имеет несколько этапов.

Этапы процесса:

1. Обследование.
2. Диагностирование.
3. Планирование.
4. Сестринский уход.
5. Оценка эффективности работы медсестры [16, с. 253]

Обследование. Цель – выявление нарушенных потребностей человека.

Объективные методы: термометрия, измерение давления, перкуссия, осмотр и наблюдение. Особое внимание уделяется состоянию кожных покровов и слизистой ротовой полости; наличию цианоза, отеков; форме грудной клетки; прослушиванию хрипов, свистов, длительности времени выдоха; особенностям мокроты (количество, консистенция, цвет, наличие крови).

Субъективные методы: опрос с целью получения информации о самочувствии, наличии хронических заболеваний легких у родственников, вредных привычках, профессиональных воздействиях, перенесенных болезнях, условиях возникновения кашля и одышки.

Лабораторные и инструментальные методы:

- Общеклинический анализ крови.
- Цитология мокроты.
- Проверка функций внешнего дыхания.
- Рентгенология.
- Бронхоскопия.
- Исследование газов крови.

Постановка диагноза. Цель: определение особенностей ухода за конкретным пациентом.

Сестринский диагноз: кашель с мокротой; одышка; приступы удушья; повышение температуры тела; повышенная утомляемость; слабость; потливость; плохой аппетит.

Опираясь на данные обследования, выделяют неотложные состояния, наиболее тягостные, ведущие к ухудшению здоровья, препятствующие самообслуживанию. Нарушения могут быть как физиологические, связанные с болезнью, так и психологические, социальные, духовные.

Далее идет планирование. Алгоритм ухода за пациентами формируется на основе выявленных нарушенных потребностей с целью их удовлетворения.

Методы вмешательств:

- доврачебная помощь;
- выполнение врачебных назначений;
- обеспечение комфортными условиями;
- психологическая поддержка;
- технические манипуляции;
- профилактика осложнений;
- укрепление здоровья;
- консультирование и обучение.

Типы сестринских вмешательств (СВ):

Зависимое СВ. Выполнение назначений врача по проведению лекарственной терапии, физиотерапевтических процедур. Сестринский процесс подразумевает:

- соблюдение схемы лечения, назначенной врачом;
- контроль изменений в состоянии больного в результате приема препаратов, предупреждение возникновения побочных эффектов [10, с. 18]

Особенности средств, применяемых при хронической обструктивной болезни легких:

1. Препараты, расширяющие бронхи (антихолинэргетики) – уменьшают влияние блуждающего нерва, вызывающего спазм гладкой мускулатуры. Нужно контролировать возможные побочные эффекты: появление запоров и сухости во рту, нарушение мочеиспускания и зрения.

2. Бета-агонисты (стимуляторы бета-адренорецепторов), расслабляющие мускулатуру бронхов. Может наблюдаться повышение артериального давления, сердцебиение, тревожность [12, с. 264]

3. Кортикостероиды – гормоны, уменьшающие воспалительный процесс и блокирующие иммунные реакции. Требуют мониторинга изменений основных функций организма (сердечной деятельности, давления, состава крови).

4. Муколитики разжижают экссудат бронхов и ускоряют его выведение (карбоцистеин, амброксан, ацетилцистеин, амбробене).

5. Растительные препараты, облегчающие отхаркивание (солодка, термопсис, девясил, чабрец).

6. Курс антибиотиков назначается врачом при повышении температуры, признаках интоксикации, слабости, выраженной утомляемости.

7. Оксигенотерапия при нарушении дыхательной деятельности [22 с. 114].

В условиях лечебного учреждения проводится газовой смесью с увеличенным содержанием кислорода, пропущенной через аппарат Боброва для увлажнения. Способы оксигенотерапии:

- через носовые катетеры (канюли);
- с помощью масок;
- через трахеостомические и интубационные трубки;
- в кислородных палатках.

8. Ингаляции. Используются:
- баллонные спреи (ДАИ – дозирующие аэрозольные ингаляторы);
  - спейсеры – вспомогательные устройства для облегчения применения ДАИ;
  - маски – предназначены для тяжелобольных;
  - небулайзеры – приспособления для создания аэрозоля с нужной величиной частиц [7, с. 245]

Независимое СВ. Доврачебная помощь, наблюдение за реакцией на лечение, обеспечение гигиенических мероприятий, консультирование, профилактика, обучение новым приемам, организация досуга.

Медицинская сестра разъясняет характер и причины заболевания, способы его лечения и профилактики, необходимость избавления от вредных привычек, профессиональных и бытовых влияний, подбирает оптимальный режим двигательной активности, обучает специальным дыхательным упражнениям, рекомендует диету, инструктирует по применению ингаляторов, спейсеров и небулайзеров. Необходимая информация предоставляется родственникам больного.

Демонстрируется техника продуктивного кашля:

1. Первый прием – два форсированных выдоха подряд после обычного вдоха, второй – медленный глубокий забор воздуха, задержка дыхания, три кашлевых толчка.
2. Найти дренажное положение, при котором бронхи освобождаются эффективно, и выдерживать его до получаса в день.
3. При одышке человеку придают полусидячее положение, активизируют проветривание.
4. При дыхательной недостаточности проводят оксигенотерапию.
5. Ингаляции с лекарственными средствами, физраствором, минеральной водой, раствором Рингера до 3 раз в сутки на протяжении недели.
6. Ознакомление с комплексами дыхательной гимнастики. Надувание воздушных шаров.

7. Разъяснение необходимости функционального положения в постели.

8. Массаж грудной клетки.

9. Регулярное проветривание помещения.

10. Отсутствие в палате резких запахов, чтобы не провоцировать приступы кашля [17, с. 96]

Меры инфекционной безопасности:

1. Индивидуальные плевательницы с дезинфицирующим раствором, их ежедневное опорожнение и дезинфекция.

2. При повышении температуры, изменении характера кашля информировать врача и предотвратить распространение инфекции (изоляция, маски, обработка).

3. Обращать внимание на появление ночной потливости, плохой аппетит, слабость, снижение веса, подъем температуры в первой половине дня.

От приема до выписки медицинская сестра ведет карту наблюдений (температурный лист), где фиксируются основные показатели состояния организма.

Есть еще и взаимозависимое СВ. Сотрудничество с членами медицинской бригады: подготовка к обследованиям, совместная работа с диетологом, физиотерапевтом, врачом лечебной физкультуры.

Обязанность медицинской сестры – проконсультировать об особенностях подготовки к каждому из обследований, проконтролировать соблюдение всех правил пациентом и персоналом [11, с. 109]

Например: сбор мокроты проводится утром, после чистки зубов и полоскания рта. Емкость должна быть стерильной, к ее краям нельзя прикасаться губами. Необходимое количество – 4-5 мл. Разъяснения больному, что для анализа сдается не слюна, не слизь из носоглотки, а результат откашливания.

В плане сестринского ухода для каждой нарушенной потребности определяются цели, то есть результаты, которых необходимо добиться.

Краткосрочные должны быть достигнуты к концу первой недели лечения, долгосрочные – к моменту выписки из стационара.

Каждая цель состоит из действия (пациент научится пользоваться ингалятором со спейсером), даты достижения (через неделю), условия (демонстрация и тренировка). Цели должны быть достижимыми, сроки – реальными. Целесообразно участие больного в обсуждении действий, направленных на решение поставленных задач.

## **ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

### **2.1 Материалы и методы исследования**

Практическое исследование происходило в два этапа.

Первый этап – сбор и анализ статистических данных распространенности ХОБЛ в Белгородской области происходил благодаря открытым официальным данным Министерства здравоохранения Российской Федерации Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения (<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22>).

Второй этап – анкетирование пациентов пульмонологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Характеристика базы исследования: Областная клиническая больница Святителя Иоасафа – ведущее лечебно-профилактическое учреждение Белгородской области. Сегодня областная клиническая больница Святителя Иоасафа - ведущее многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение региона. В её состав входят: консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 23 специализированных отделения круглосуточного стационара на 1053 койки, перинатальный центр на 522 койки, центр медицинской реабилитации, диагностические и параклинические подразделения, отделение санитарной авиации, инженерные службы жизнеобеспечения больницы.

Пульмонологическое отделение на 60 коек функционирует с 1978г. До 2005 г. мощность отделения составляла 40 коек. С 2005 г. развернуто на 60 коек. Пять врачей имеют высшую квалификационную категорию.

В отделении оказывается помощь по следующим нозологиям: хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, пневмонии, бронхоэктатическая болезнь, саркоидоз, муковисцедоз, atopические дерматит, крапивница, поллиноз, анафилактический шок.

Проводится аллергологическое обследование: скарификационные и в/кожные тесты с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми и пищевыми аллергенами, лечение этих больных причинно-значимыми аллергенами. Также проводится диагностика аллергии и иммуно-дефицитных состояний методом хемолуминисценции, проточной цитометрии.

В пульмонологическом отделении при обследовании больных применяются современные методы диагностики – спирально-компьютерная томография грудной клетки, УЗИ – исследование плевральных полостей, спирография, пикфлоуметрия, определение иммунного статуса, серологические методы диагностики онкозаболеваний, выявление паразитарных заболеваний человека. Проводится подбор бронходилататоров с помощью миниспирометра. Внедрены новые методы диагностики диссеминированных процессов в легочной ткани.

Применяются эффективные методы лечения больных с бронхообструктивным синдромом, проводится индивидуальный подбор базисной терапии, единственное отделение в области проводит специфическую иммунотерапию аллергенами из домашней пыли.

Врачами отделения разработаны рекомендации для больных с аллергическими заболеваниями (советы по домашней обстановке, гипоаллергенной диете, режиму физической активности). Изданы методические рекомендации по борьбе с табакокурением.

Высокая квалификация врачей и современное оснащение отделения позволяют оказывать эффективную специализированную помощь больным с бронхолегочной патологией и аллергологическими заболеваниями.

Характеристика респондентов: в исследовании приняли участие 30 пациентов отделения различных возрастных категорий.

Методика проведения исследования: исследование происходило при помощи самостоятельно разработанной анкеты для пациентов (приложение 1), в которой предлагалось ответить на 24 вопроса для выяснения возможных причин обострения ХОБЛ, уровне знаний о болезни и мерах самопомощи.

## 2.2 Анализ результатов собственных исследований

Официальные данные Министерства здравоохранения РФ по распространенности ХОБЛ представлены в таблице 1.

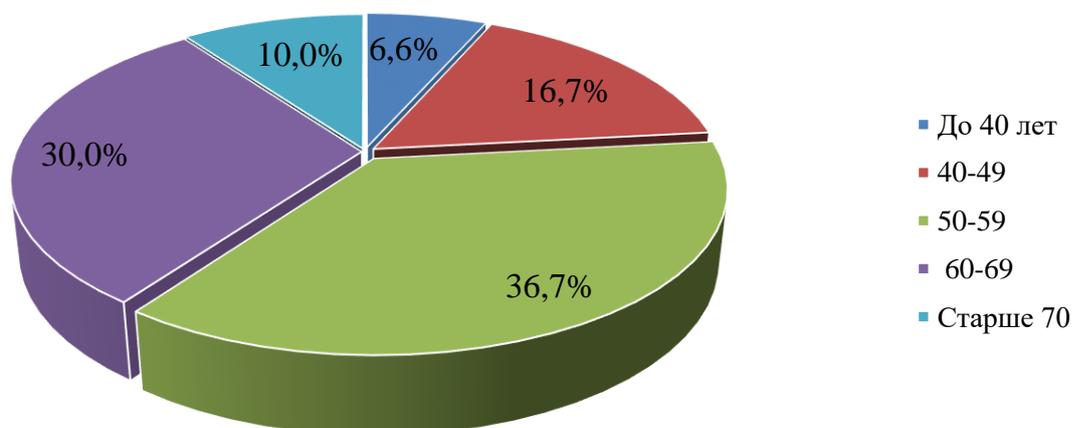
Таблица 1

### Распространенность ХОБЛ в Белгородской области

	Абсолютные числа		На 100 000 всего населения	
	2016	2017	2016	2017
Зарегистрировано больных: всего	9510	8815	613,0	567,7
Из них: с диагнозом, установленным впервые в жизни	798	780	51,4	50,2

Как мы видим из данных таблицы 1, число больных ХОБЛ снижается. Это может быть следствием своевременной диагностики и правильных мероприятий по лечению и уходу за больным, а также своевременно предпринятых профилактических мер.

На втором этапе проводилось анкетирование пациентов отделения. Вводная часть анкеты помогла узнать социальный статус опрошенных.



Возрастная категория респондентов представлена на рисунке 1.

Рис. 1 Возраст респондентов

Больше всего пациентов было в возрастной категории от 50 до 69 лет – 66,7%, 16,7% – в возрастной категории 40-49 лет, 10% – старше 70 и самая малочисленная категория – пациенты возрастом до 40 лет – 6,6%.

Медицинской сестре при организации сестринского ухода необходимо учитывать возраст пациента для установления доверительных уважительных отношений.

Половой состав группы респондентов представлен на рисунке 2.

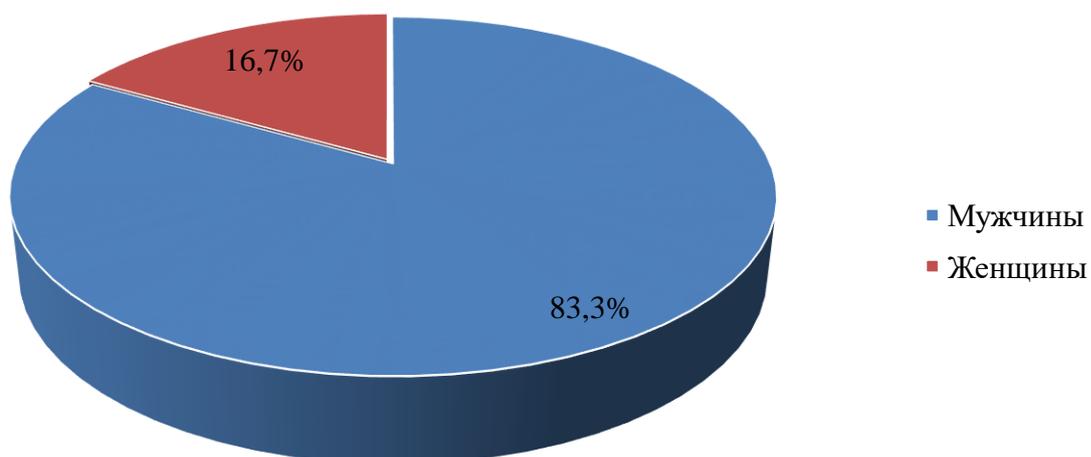


Рис. 2 Распределение респондентов по половому признаку

Абсолютное число пациентов – мужчины (83,3%), это может быть связано с тем, что мужчины чаще имеют вредные привычки, заняты на производстве с вредными условиями труда.

Следующий вопрос позволил выяснить условия труда респондентов (рис.3).

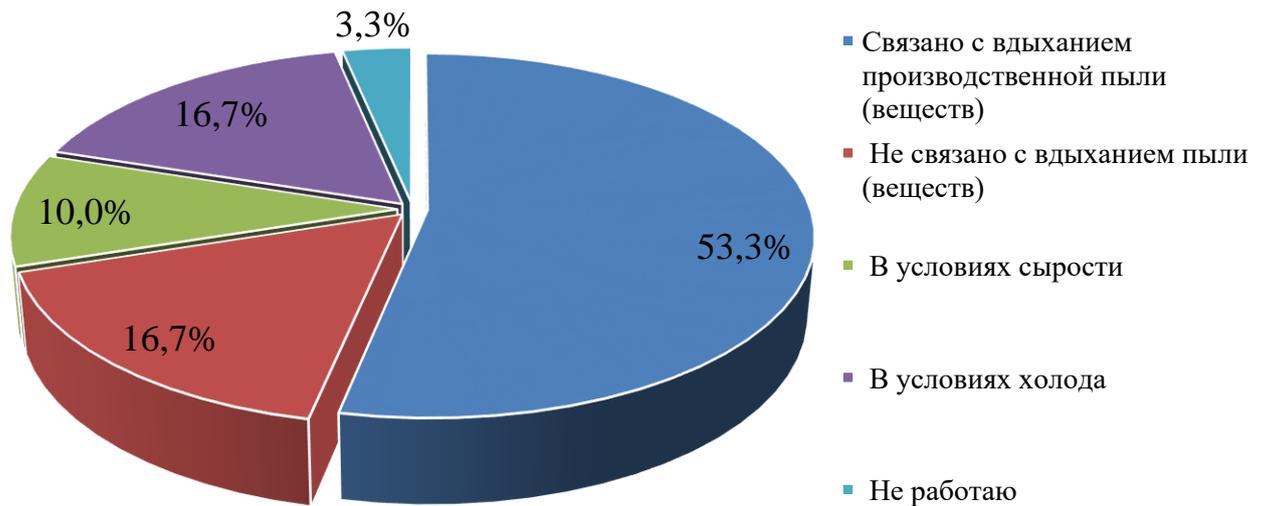
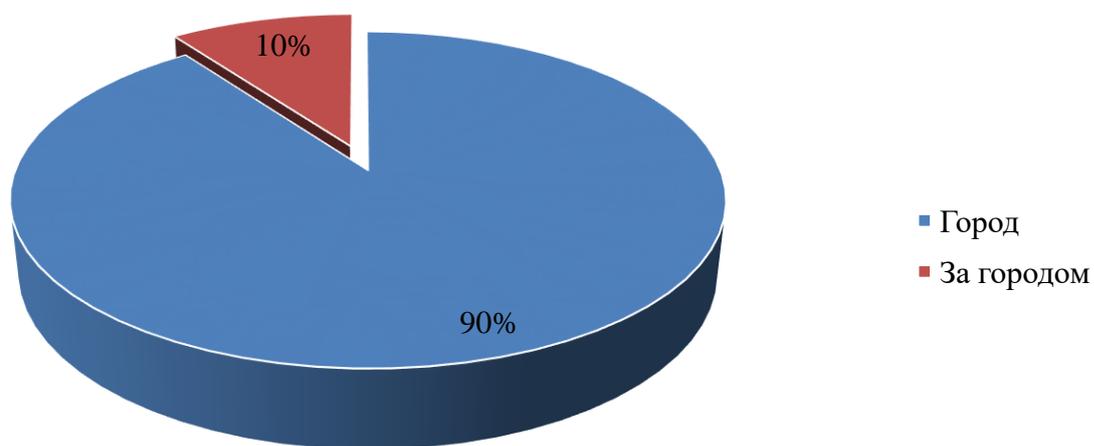


Рис.3 Условия труда респондентов

Как мы видим, больше половины респондентов работают на производстве, которое связано с вдыханием пыли или вредных веществ, что является одной из основных причин возникновения и прогрессирования ХОБЛ и других легочных заболеваний. 10% работают в условиях сырости, что также вредно влияет на дыхательную систему организма, 16,7% работают в условиях холода, что оказывает негативное влияние не только на дыхательную систему, но и на другие, в частности, иммунную и мочеполовую. 3,3% респондентов на данный момент не работают, так как находятся либо на инвалидности.

Медицинской сестре при организации ухода необходимо донести до пациентов, что если они не изменят свои условия труда, лечебный эффект будет непродолжительным и неэффективным.

Городской воздух содержит тысячи аллергенов, вредных веществ, выхлопных газов и других агентов, губительно влияющих на дыхательную



систему человека. Место жительства пациентов представлено на рисунке 4.

Рис. 4 Место проживания респондентов

В ходе своей деятельности, медицинская сестра рекомендует городским жителям как можно чаще выбираться загород для получения свежего чистого воздуха, обогащенного кислородом.

Помимо места проживания, на организм человека большое влияние оказывают условия его проживания. На рисунке 5 респондентами представлена оценка условий своего проживания.

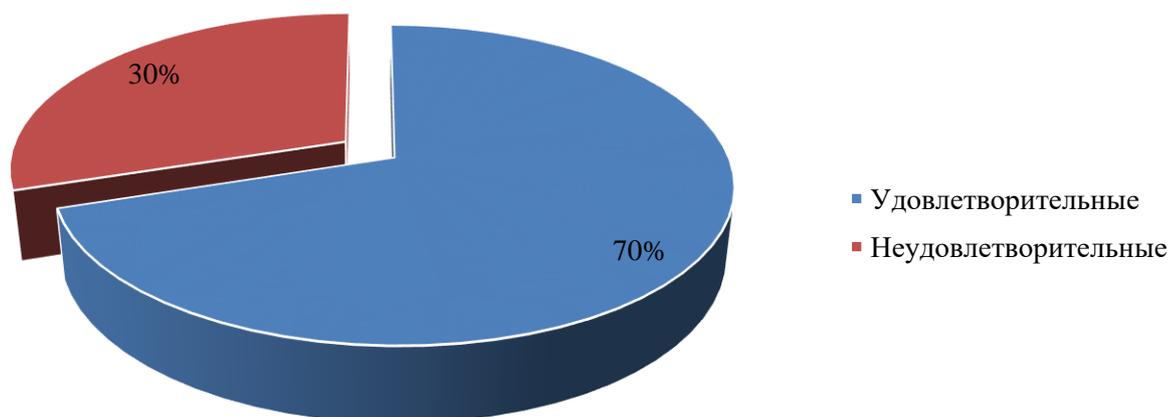
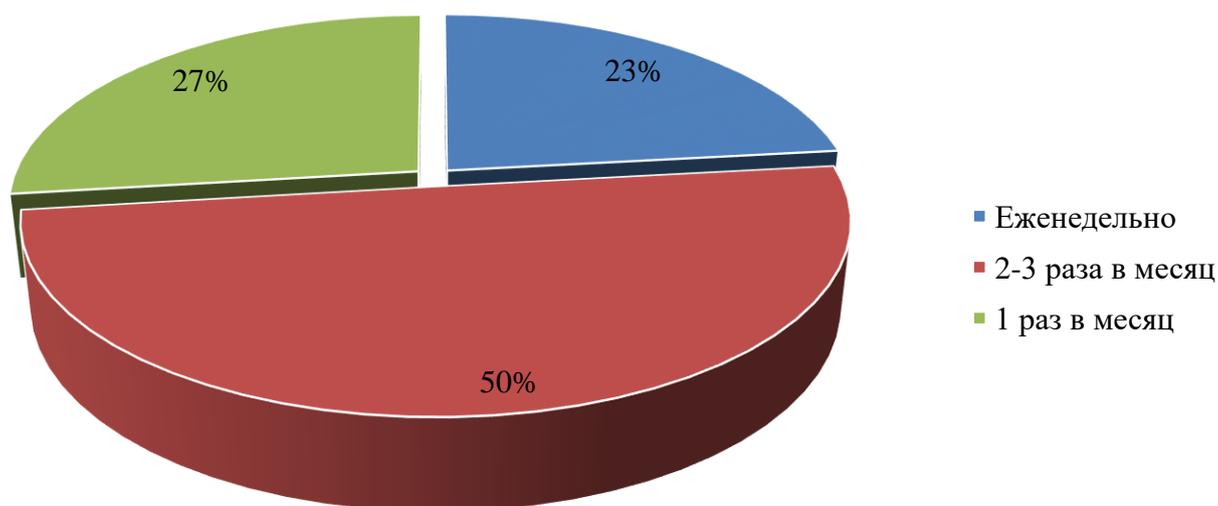


Рис. 5 Условия проживания респондентов

30% пациентов оценили свои условия проживания неудовлетворительными, 70% посчитали свои условия проживания удовлетворительными, но мы не можем проверить достоверность этих данных.

Медицинская сестра должна объяснить пациентам и их родственникам, что окружающая обстановка также оказывает влияние на самочувствие пациента и что необходимо в мерах своих возможностей улучшать условия проживания.

Пыль, частички кожи, волосы и шерсть домашних животных при вдыхании раздражает слизистую органов дыхания, провоцирую приступ ХОБЛ. Для минимизации влияния этого фактора необходимо проводить влажную



уборку. Частота проведения влажной уборки респондентами представлена на рисунке 6.

Рис. 6 Частота проведения влажной уборки пациентами

Половина респондентов проводят влажную уборку 2-3 раза в месяц, по 23% респондентов проводят ее еженедельно или же 1 раз в месяц.

Медицинская сестра дает рекомендации о проведении влажной уборки 1-2 раза в неделю с использованием гипоаллергенных средств для эффективного очищения поверхностей от пыли и других мелких частиц.

Курение является основной причиной возникновения ХОБЛ. Курящие пациенты сами сокращают срок своей жизни и ухудшают ее качество. Лечение ХОБЛ при курении считается малоэффективным. Отношение пациентов к курению представлено на рисунке 7.

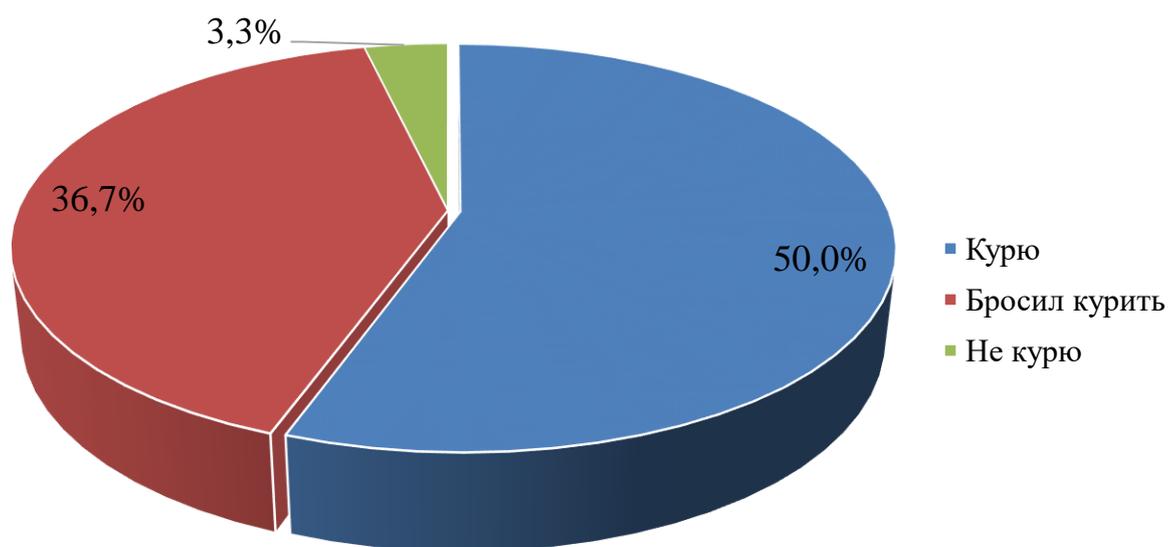


Рис. 7 Отношение респондентов к курению

Как мы видим, половина респондентов являются активными курильщиками, 36,7% пациентов курили в прошлом, но на данный момент отказались от вредной привычки. Это объясняется тем, что когда больному плохо и его мучает кашель, он меньше курит. Лишь 3,3% респондентов не курят.

Количество выкуриваемых сигарет представлено на рисунке 8.

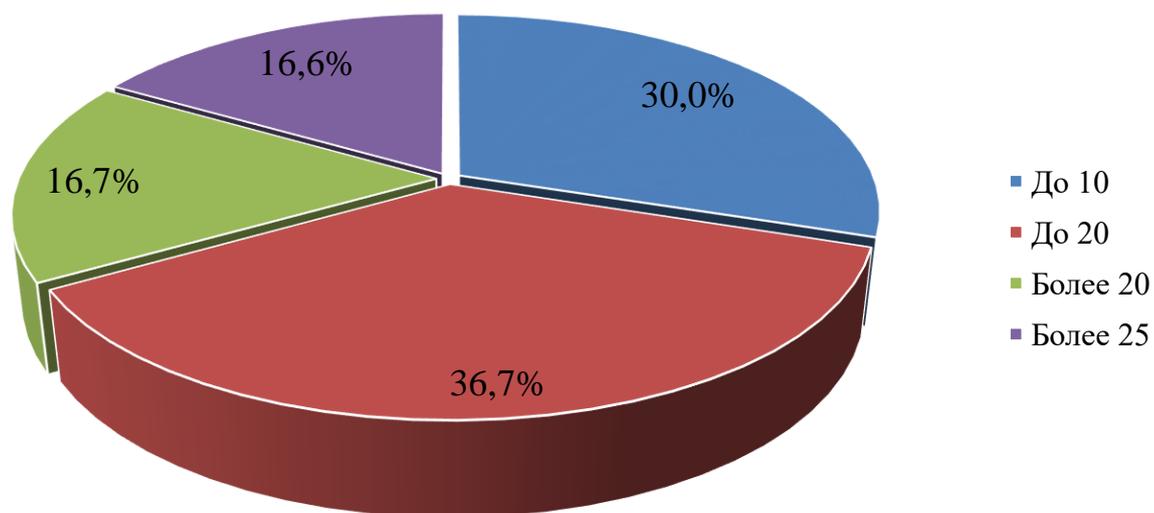
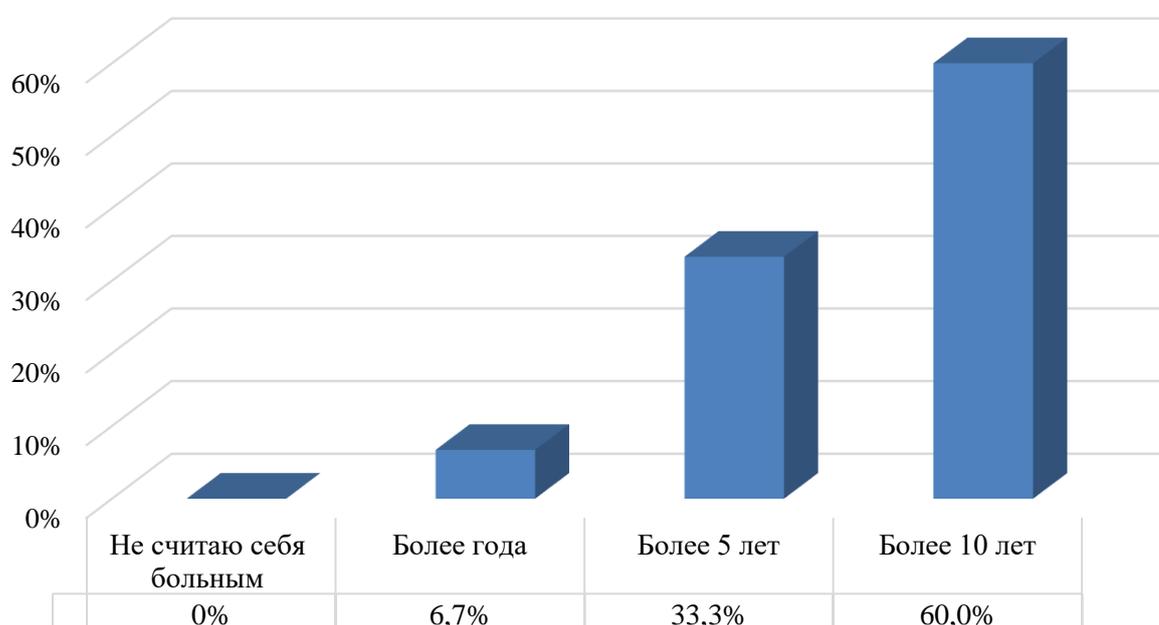


Рис. 8 Количество выкуриваемых сигарет за день

Большинство пациентов выкуривают до 20 сигарет за день, 16,7% более 20 сигарет за день, 16,6% выкуривают более 25 сигарет за день.

Медицинской сестре необходимо провести беседу с пациентами в рамках своей компетентности о вреде и комплексном влиянии курения на организм, в особенности при ХОБЛ.

ХОБЛ – хроническое прогрессирующее заболевание, продолжительность которого у каждого пациента разная. Мнение респондентов о длительности



своего заболевания представлено на рисунке 9.

Рис. 9 Мнение респондентов о длительности своего заболевания

Большинство пациентов (60%) считают себя больными более 10 лет, треть пациентов считают себя больными более 5 лет (3,3%), только 6,7% считают себя больными более года и никто из пациентов не считает себя здоровым человеком.

Медицинской сестре необходимо учитывать продолжительность болезни пациента для определения настоящих и потенциальных проблем для разработки плана ухода.

Симптомы и осложнения ХОБЛ доставляют пациенту и его семье массу неудобств и жалоб (рис. 10).

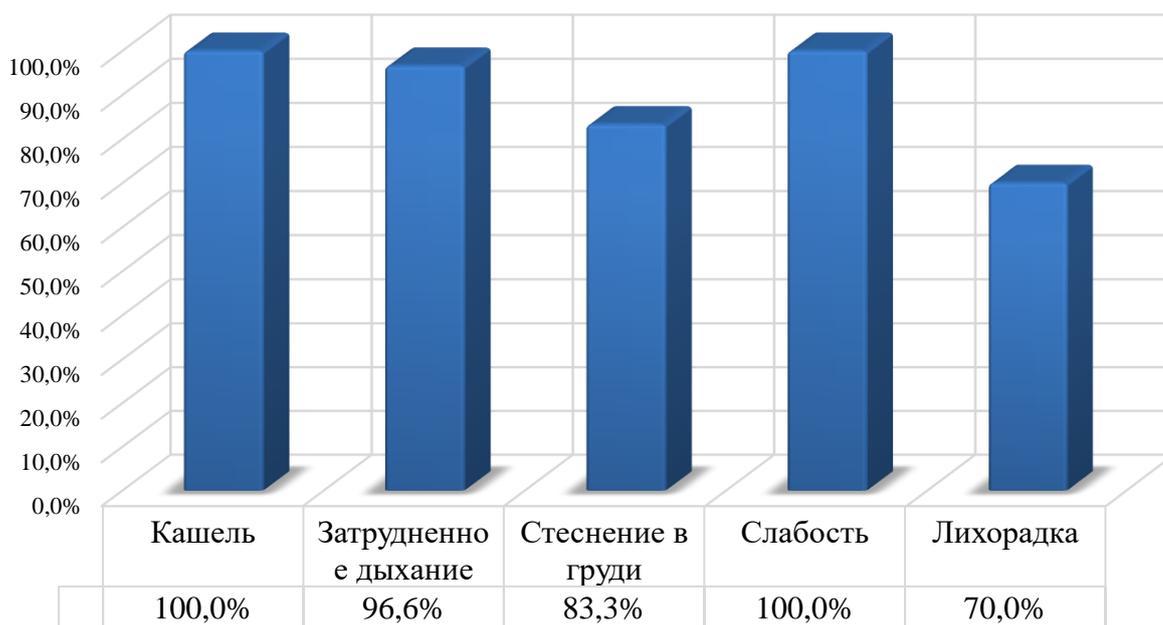
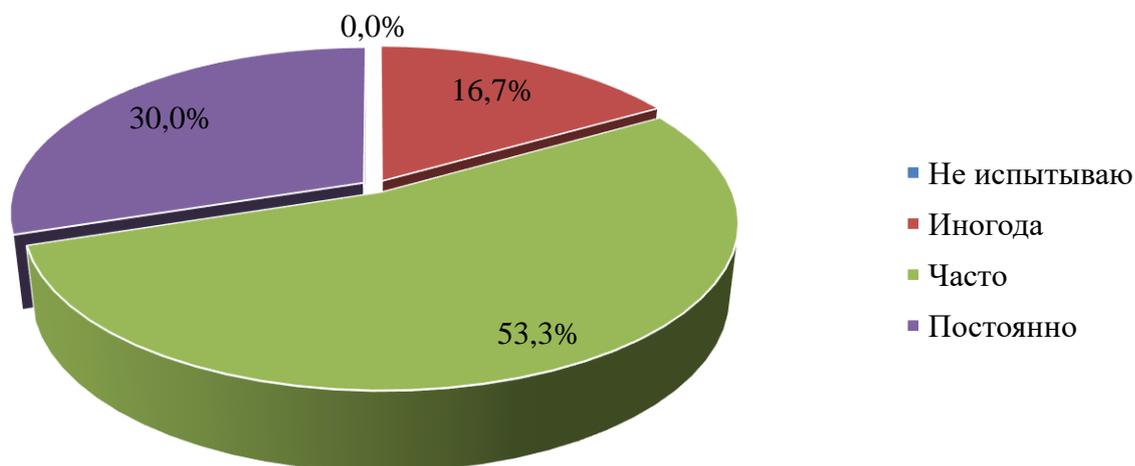


Рис. 10 Жалобы пациентов

Все пациенты предъявляют жалобы на кашель, слабость. 96,6% отмечают затрудненное дыхание, 83,3% – стеснение в груди и 70% лихорадку.

Медицинской сестре важно учитывать жалобы пациента и выделить приоритетную из них, после чего ставить цель и разрабатывать план ухода.

Один из симптомов ХОБЛ – чувство стеснения в грудной клетке и как следствие – нехватка кислорода, особенно часто проявляется даже при



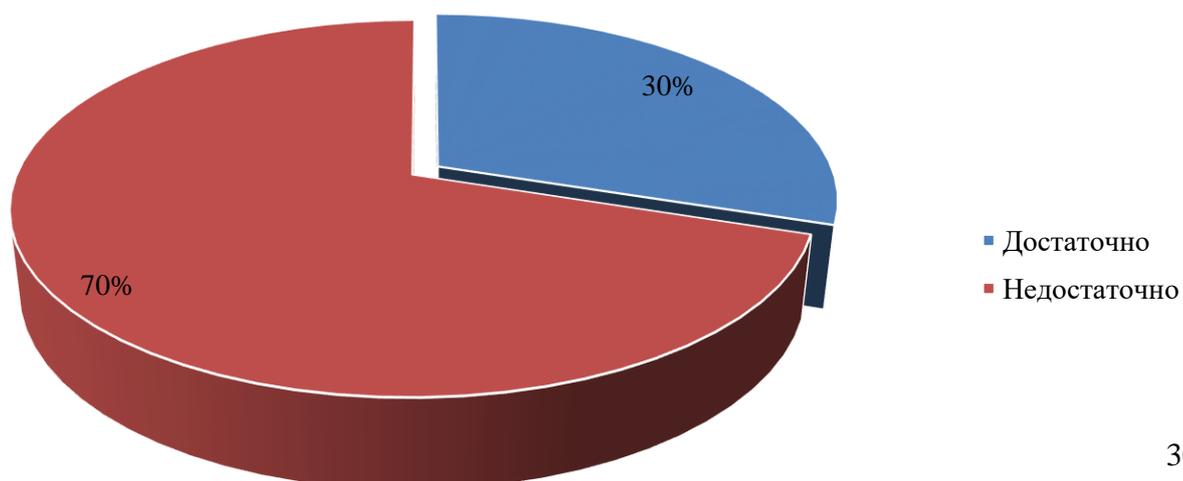
незначительно физической нагрузке (рис. 11).

Рис. 11 Чувство стеснения в груди

53,3% пациентов утверждают, что достаточно часто испытывают чувство стеснения в груди, настораживает тот факт, что 30% пациентов ощущают стеснение в груди постоянно, лишь 16,7% иногда испытывают его.

Медицинской сестре необходимо следить за состоянием пациента и обо всех изменениях сообщать лечащему врачу.

Информацию о ХОБЛ можно получать из различных источников:



средства массовой информации, Интернет, но самый достоверный источник – медицинский работник. Мнение респондентов об уровне информированности о своем заболевании представлено на рисунке 12.

Рис. 12 Уровень информированности пациентов

70% считают, что недостаточно информированы о своем заболевании, только 30% владеют, по их мнению, достаточным объемом информации.

Медицинским сестрам в рамках своей компетенции необходимо проводить разъяснительные беседы с пациентами, касательно факторов риска, причин, принципах лечения, профилактики и самопомощи при ХОБЛ.

Проводят ли медицинские сестры такие беседы, по мнению пациентов, представлено на рисунке 13.

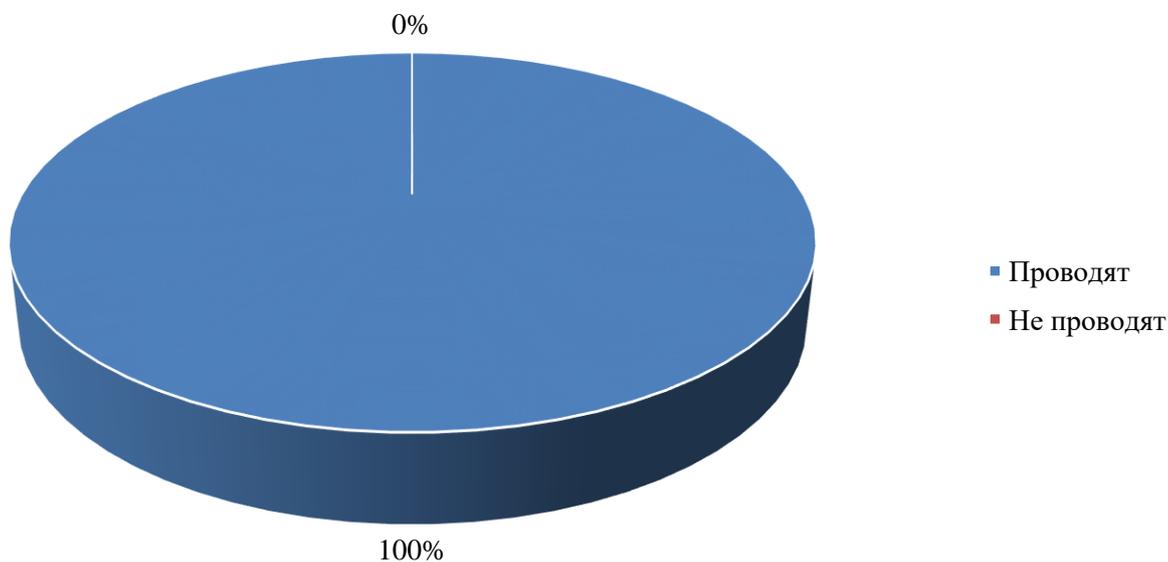


Рис. 13 Проведение бесед медсестрами

Все пациенты отметили, что медицинские сестры рассказывали об их заболевании и отвечали на все интересующие пациентов вопросы.

Приступы кашля при ХОБЛ способны провоцировать изменения в погоде (сухой жаркий воздух или, наоборот, холодный морозный). Мнение пациентов о влиянии погодных условий представлено на рисунке 14.

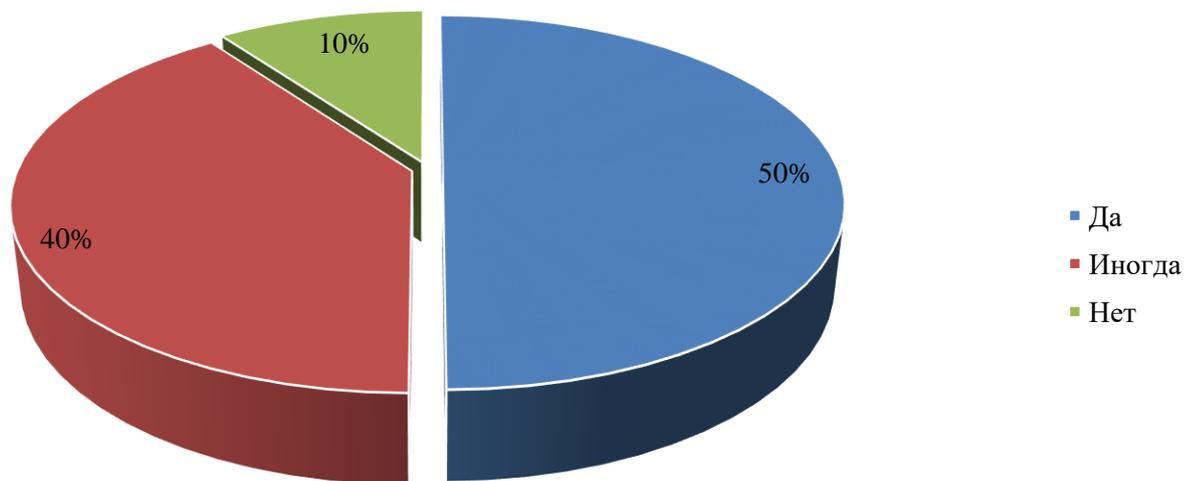
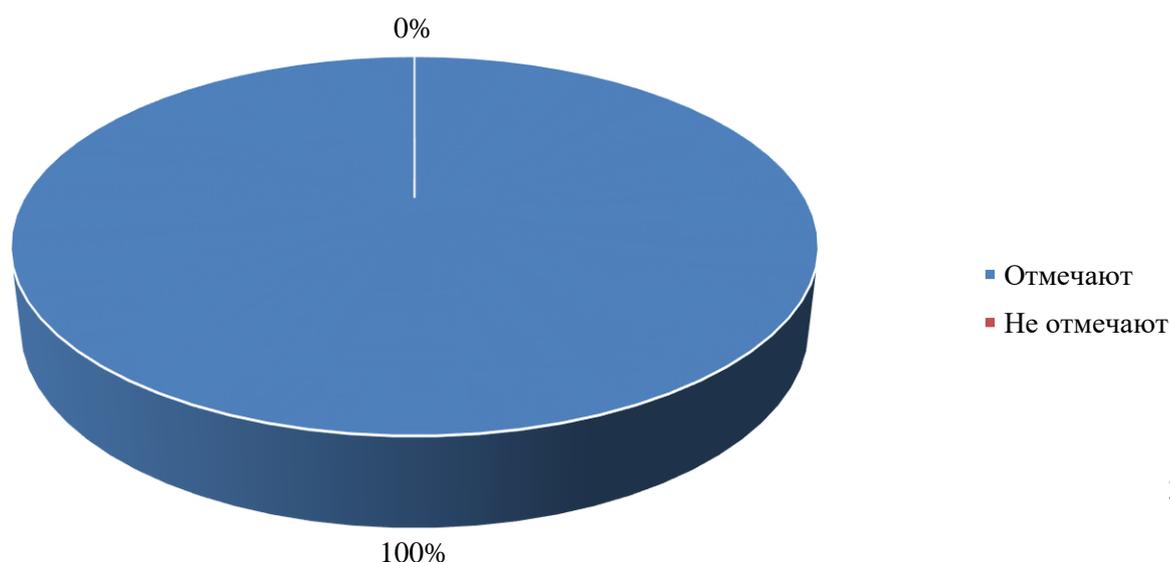


Рис. 14 Влияние погоды на характер кашля

48% респондентов отмечают, что погода всегда влияет на усиление кашля, 42% только иногда отмечают этот факт и 10% никогда не замечали эту зависимость.

Медицинская сестра советует воздержаться от походов на улицу в сухой жаркий день или холодный морозный. А если выйти необходимо – предпринимать защищающие меры.

Основной симптом ХОБЛ – кашель с обильным выделением мокроты по



утрам. Все пациенты отмечают у себя этот симптом (рис. 15).

Рис. 15 Кашель с мокротой по утрам

Медицинской сестре в ходе ухода необходимо обучить пациента гигиене кашля.

Второй по распространенности симптом ХОБЛ – одышка.

Количество пациентов, отмечающих у себя одышку представлено на рисунке 16.

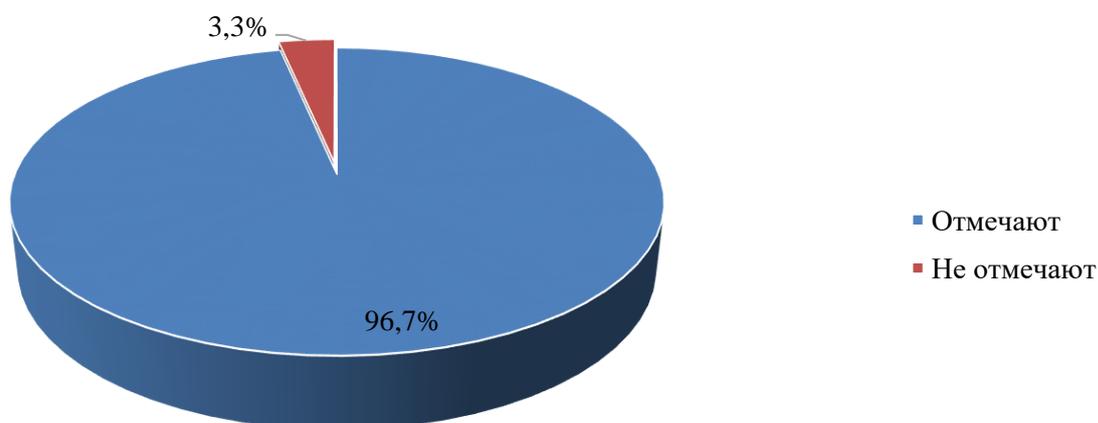


Рис. 16 Одышка у пациентов

Практически все пациенты, за исключением одного, отметили у себя одышку.

Медицинская сестра должна обучить пациентов мерам самопомощи, так как именно из-за одышки возникают многие осложнения ХОБЛ.

Аллергические заболевания усугубляют течение ХОБЛ, так как действие аллергена провоцирует кашель, а иногда и приводят к более серьезным осложнениям (отек Квинке, анафилактический шок). Наличие аллергии у респондентов представлено на рисунке 17.

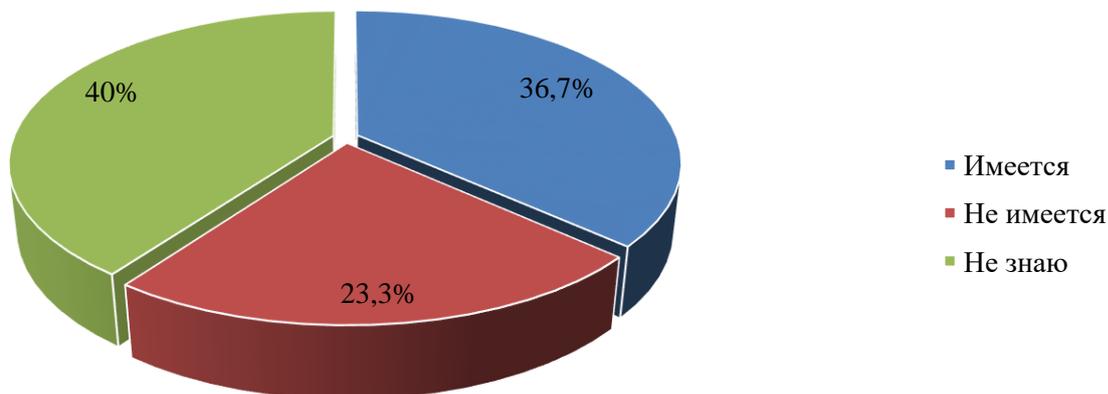


Рис. 17 Наличие аллергических заболеваний

23,3% отрицают наличие аллергического заболевания, 36,7% подтвердили, что имеют аллергическое заболевание, аллергенами которого выступают пыль, домашние животные, пыльца растений и некоторые продукты питания.

40% пациентов не знают о наличие у себя аллергии, им медицинская сестра должна посоветовать пройти диагностику у аллерголога.

Тем пациентам, которые подтверждают у себя аллергию, медицинская сестра советует придерживаться элиминационной (гипоаллергенной) диеты и полностью исключать контакт с аллергенами.

Хрипы при хронической обструктивной болезни легких — свистящие, усиливаются при кашле, в положении лежа на спине. Также хрипы могут быть рассеянными и гудящими. Во время обострения заболевания хрипы сухие, сопровождающиеся тяжелым дыханием. Отмечают ли у себя пациенты эти симптомы показано на рисунке 18.

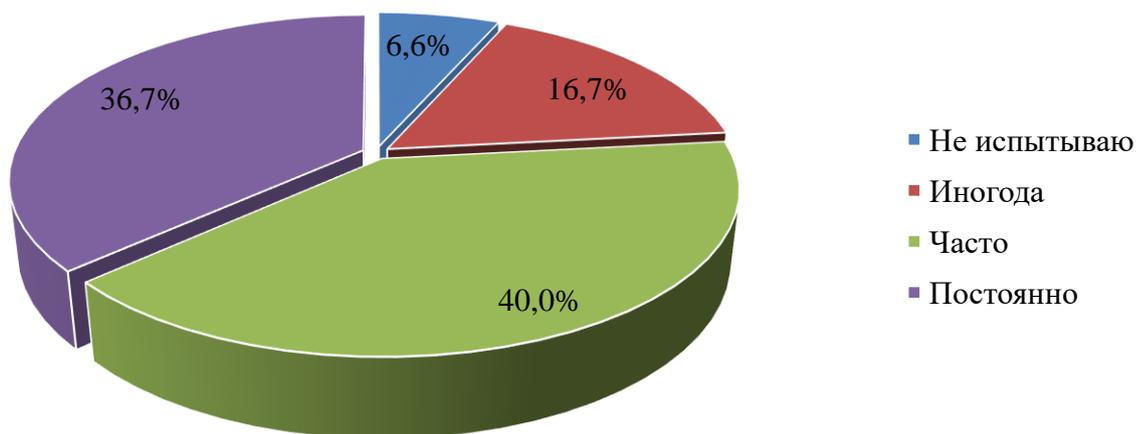


Рис. 18 Свистящие хрипы при дыхании

40% пациентов часто отмечают у себя свистящие хрипы при дыхании, особенно в положении лежа.

36,7% постоянно отмечают свистящие хрипы, 16,7% лишь иногда, например, при физической активности и 6,6% никогда не отмечали свистящего дыхания у себя.

Медицинской сестре следует рассказать обо всех симптомах болезни и их методах контроля.

Большинство лекарственных препаратов при пульмонологических заболеваниях доставляются с помощью ингалятора. Также карманный ингалятор необходим для оказания неотложной самопомощи. Знания о правилах использования карманного ингалятора пациентами представлены на

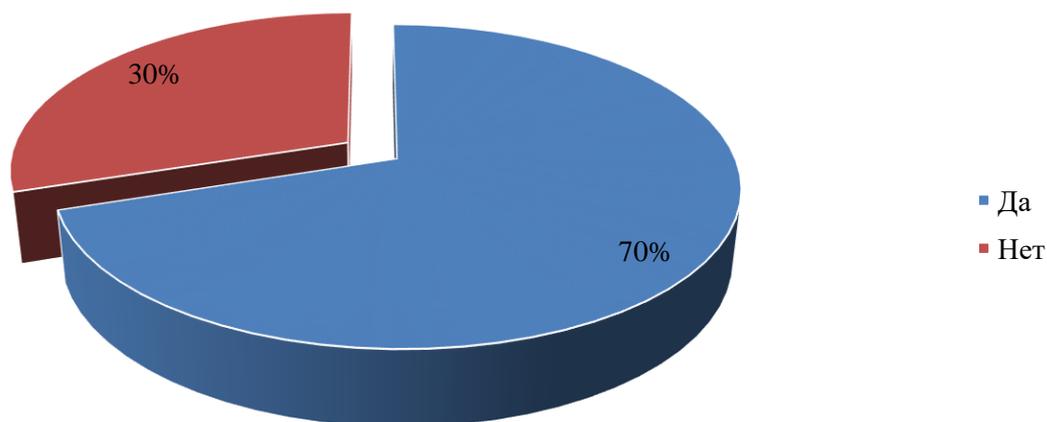


рис. 19.

Рис. 19 Умение пользоваться ингалятором

Не все пациенты умеет правильно пользоваться карманным ингалятором, что может осложнить течение ХОБЛ. Медицинская сестра в обязательном порядке проводит беседу с пациентами и наглядно демонстрирует правила использования карманного ингалятора (приложение 2). После демонстрации медицинская сестра должна убедиться в закреплении материала и попросить продемонстрировать пациента полученные навыки.

Так как при ХОБЛ выделяется очень большое количество мокроты, пациентам необходимо собирать ее в отдельную емкость – плевательницу. Пользуются ли пациенты плевательницей для мокроты представлено на рисунке 20.

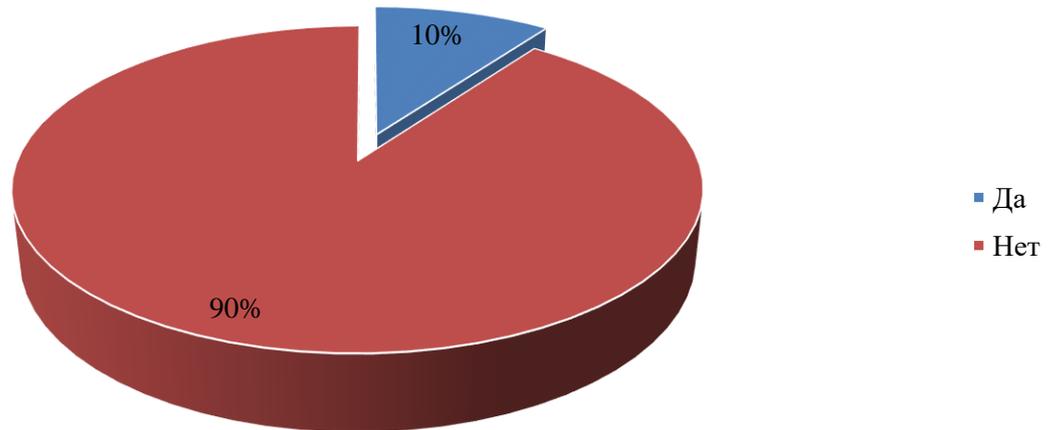


Рис. 20 Использование плевательницы для мокроты

Лишь 10% пациентов используют плевательницу для сбора мокроты, остальные ее не имеют.

Медицинская сестра должна обучить пациентов гигиене кашля и объяснить необходимость сбора мокроты в отдельную емкость для профилактики инфицирования окружающих людей. Также необходимо рассказать о правилах утилизации мокроты и методах дезинфекции плевательницы.

Пациенты с ХОБЛ всю жизнь вынуждены принимать лекарственные средства для контроля над болезнью. Лекарственную терапию назначает лечащий врач. Формы лекарственных средств, которыми чаще всего пользуются пациенты представлены на рис. 22.

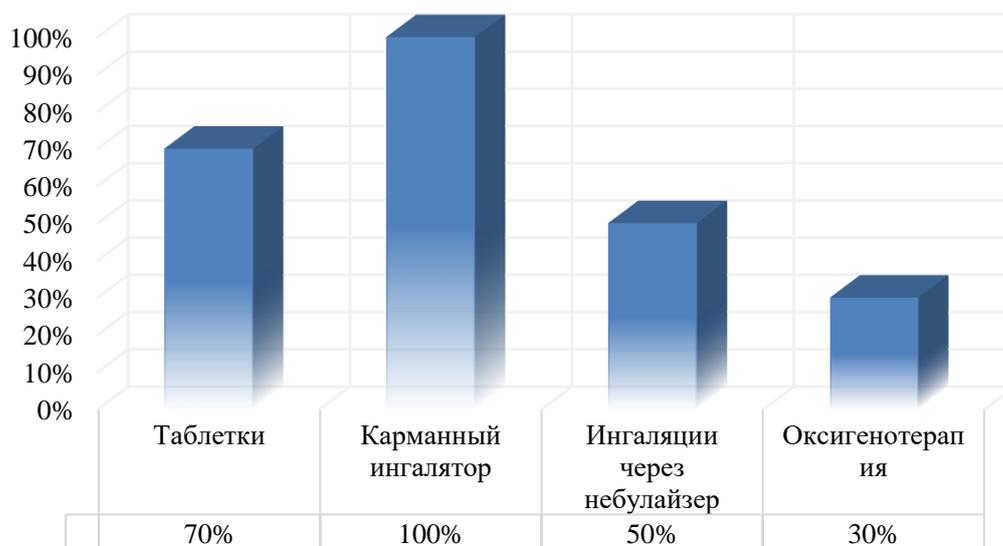


Рис. 21 Наиболее частые лекарственные формы

Всем пациентам назначено использование карманного ингалятора, 70% принимают таблетированные лекарственные препараты, 50% производят ингаляции с помощью небулайзера и 30% проводят кислородотерапию.

Медицинская сестра рассказывает о необходимости приема назначенных лекарственных средств, обучает правилам использования карманного ингалятора, небулайзера, рассказывает о преимуществах кислородотерапии, демонстрирует правила использования и контролирует усвоение пациентами информации.

При ХОБЛ организм получает недостаточное количество кислорода для нормального функционирования. Несмотря на то, что городской воздух достаточно загрязнен, пациентам рекомендуется проводить время на открытом воздухе в местах, где меньше загрязнений – парки, аллеи.

Как часто пациенты находятся на свежем воздухе показано на рисунке 22.

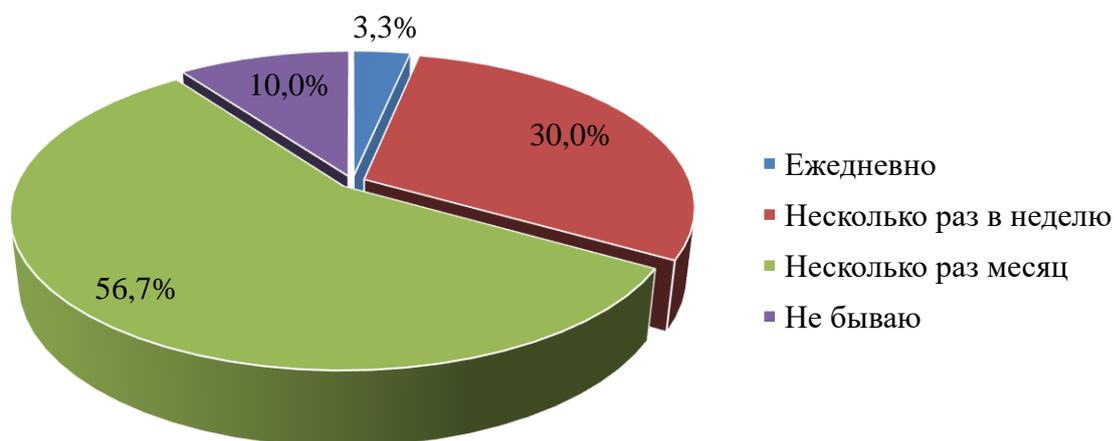


Рис. 22 Частота прогулок на свежем воздухе

56,7% пациентов отметили, что выходят на прогулку лишь несколько раз в месяц, 28% бывают на свежем воздухе несколько раз в неделю, 100% вообще не выходят из дома в силу тяжести своего состояния или нежелания и только 3,3% ежедневно выходит на прогулки.

Медицинская сестра в ходе ухода рассказывает о пользе прогулок на свежем воздухе, которые обогащают организм кислородом, а также о пользе ходьбы и элементарных физических нагрузках.

Многим пациентам при ХОБЛ назначают курс массажа для лучшего отхождения мокроты, но не все пациенты его выполняют (рис. 23).

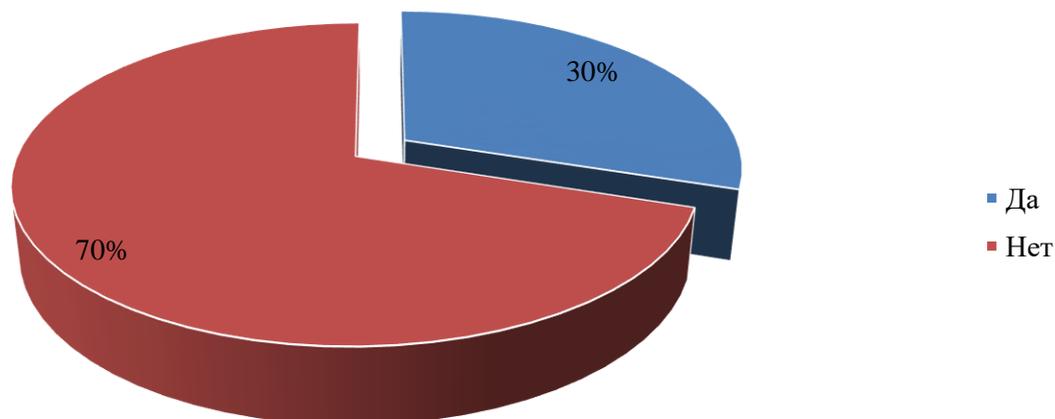


Рис. 23 Курс массажа

Всего 30% пациентов проходят курс массажа.

Медицинской сестре необходимо рассказать о преимуществах и пользе проведения массажа при ХОБЛ, какое действие он оказывает на организм и дыхательную систему.

При приступах кашля для его скорейшего купирования пациентам рекомендуют занимать дренажное положение. Применяют ли этот навык пациенты показано на рисунке 24.

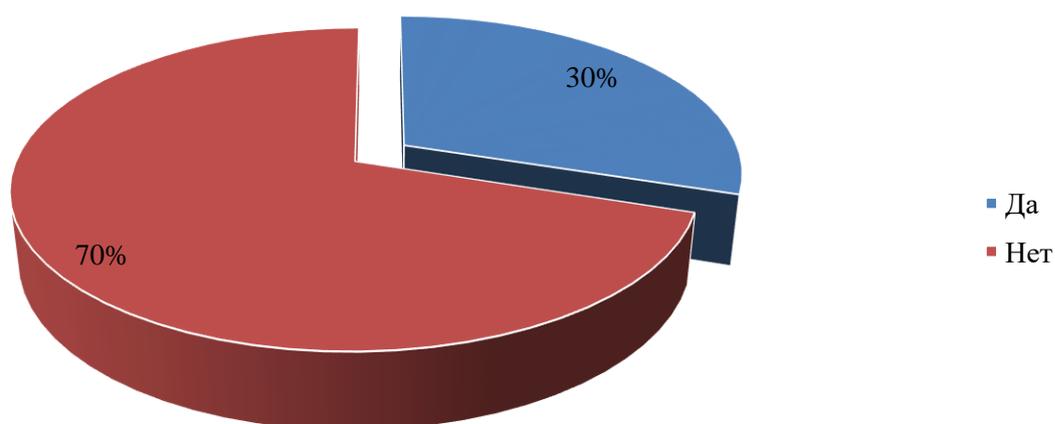


Рис.24 Использование дренажного положения при приступе кашля

Только 30% пациентов применяют дренажное положение при приступе кашля.

Медицинская сестра должна объяснить механизм действия дренажного положения, описать его преимущества, а также продемонстрировать технику (Приложение 3) и проверить закрепление полученной пациентами информации.

По итогу практического исследования сделаны следующие выводы:

1. Больше всего пациентов было в возрастной категории от 50 до 69 лет, самая малочисленная категория – пациенты возрастом до 40 лет.

2. Абсолютное число пациентов – мужчины (83,3%), это может быть связано с тем, что мужчины чаще имеют вредные привычки, заняты на производстве с вредными условиями труда.

3. Больше половины респондентов работают на производстве, которое связано с вдыханием пыли или вредных веществ, что является одной из основных причин возникновения и прогрессирования ХОБЛ и других легочных заболеваний. 10% работают в условиях сырости, что также вредно влияет на дыхательную систему организма, 16,7% работают в условиях холода, что оказывает негативное влияние не только на дыхательную систему, но и на другие, в частности, иммунную и мочеполовую. 3,3% респондентов на данный момент не работают, так как находятся либо на инвалидности.

4. Большинство пациентов – городские жители. В ходе своей деятельности, медицинская сестра рекомендует городским жителям как можно чаще выбираться загород для получения свежего чистого воздуха, обогащенного кислородом.

5. 30% пациентов оценили свои условия проживания неудовлетворительными, 70% посчитали свои условия проживания удовлетворительными, но мы не можем проверить достоверность этих данных.

6. Половина респондентов проводят влажную уборку 2-3 раза в месяц, по 27% и 23% респондентов проводят ее еженедельно или же 1 раз в месяц.

7. Как мы видим, половина респондентов являются активными курильщиками, 36,7% пациентов курили в прошлом, но на данный момент отказались от вредной привычки. Это объясняется тем, что когда больному плохо и его мучает кашель, он меньше курит. Лишь 3,3% респондентов не курят. Большинство пациентов выкуривают до 20 сигарет за день, 16,7% более 20 сигарет за день, 16,6% выкуривают более 25 сигарет за день.

8. Большинство пациентов (60%) считают себя больными более 10 лет, треть пациентов считают себя больными более 5 лет (3,3%), только 6,7% считают себя больными более года и никто из пациентов не считает себя здоровым человеком.

9. Все пациенты предъявляют жалобы на кашель, слабость. 96,6% отмечают затрудненное дыхание, 83,3% – стеснение в груди и 70% лихорадку.

Медицинской сестре важно учитывать жалобы пациента и выделить приоритетную из них, после чего ставить цель и разрабатывать план ухода.

10. 53,3% пациентов утверждают, что достаточно часто испытывают чувство стеснения в груди, настораживает тот факт, что 30% пациентов ощущают стеснение в груди постоянно, лишь 16,7% иногда испытывают его.

11. 70% считают, что недостаточно информированы о своем заболевании, только 30% владеют по их мнению достаточным объемом информации.

12. Все пациенты отметили, что медицинские сестры рассказывали об их заболевании и отвечали на все интересующие пациентов вопросы.

13. 48% респондентов отмечают, что погода всегда влияет на усиление кашля, 42% только иногда отмечают этот факт и 10% никогда не замечали эту зависимость.

15. Практически все пациенты, за исключением одного, отметили у себя одышку.

16. 23,3% отрицают наличие аллергического заболевания, 36,7% подтвердили, что имеют аллергическое заболевание, аллергенами которого выступают пыль, домашние животные, пыльца растений и некоторые продукты питания.

17. 40% пациентов не знают о наличии у себя аллергии, им медицинская сестра должна посоветовать пройти диагностику у аллерголога.

18. 40% пациентов часто отмечают у себя свистящие хрипы при дыхании, особенно в положении лежа. 36,7% постоянно отмечают свистящие хрипы, 16,7% лишь иногда, например, при физической активности и 6,6% никогда не отмечали свистящего дыхания у себя.

19. Не все пациенты умеет правильно пользоваться карманным ингалятором, что может осложнить течение ХОБЛ.

20. Лишь 10% пациентов используют плевательницу для сбора мокроты, остальные ее не имеют.

21. Всем пациентам назначено использование карманного ингалятора, 70% принимают таблетированные лекарственные препараты, 50% производят ингаляции с помощью небулайзера и 30% проводят оксигенотерапию.

22. 56,7% пациентов отметили, что выходят на прогулку лишь несколько раз в месяц, 28% бывают на свежем воздухе несколько раз в неделю, 100% вообще не выходят из дома в силу тяжести своего состояния или нежелания и только 3,3% ежедневно выходит на прогулки.

23. Всего 30% пациентов проходят курс массажа.

24. Только 30% пациентов применяют дренажное положение при приступе кашля.

Опираясь на результаты проведенного мной исследования рекомендую медицинскому персоналу отделения уделить больше внимания обучению больных ХОБЛ в использовании карманного ингалятора, плевательницы, профилактических мероприятий по обострению заболевания, мерах самопомощи.

### **2.3. Рекомендации медицинским сестрам участвующим в организации ухода при ХОБЛ**

1. Медицинской сестре при организации сестринского ухода необходимо учитывать возраст пациента для установления доверительных уважительных отношений.

2. Медицинской сестре при организации ухода необходимо донести до пациентов, что если они не изменят свои условия труда, лечебный эффект будет непродолжительным и неэффективным.

3. В ходе своей деятельности, медицинская сестра рекомендует городским жителям как можно чаще выбираться загород для получения свежего чистого воздуха, обогащенного кислородом.

4. Медицинская сестра должна объяснить пациентам и их родственникам, что окружающая обстановка также оказывает влияние на самочувствие

пациента и что необходимо в мерах своих возможностей улучшать условия проживания.

5. Медицинская сестра дает рекомендации о проведении влажной уборки 1-2 раза в неделю с использованием гипоаллергенных средств для эффективного очищения поверхностей от пыли и других мелких частиц.

6. Медицинской сестре необходимо провести беседу с пациентами в рамках своей компетентности о вреде и комплексном влиянии курения на организм, в особенности при ХОБЛ.

7. Медицинской сестре необходимо учитывать продолжительность болезни пациента для определения настоящих и потенциальных проблем для разработки плана ухода.

8. Медицинской сестре важно учитывать жалобы пациента и выделить приоритетную из них, после чего ставить цель и разрабатывать план ухода.

9. Медицинской сестре необходимо следить за состоянием пациента и обо всех изменениях сообщать лечащему врачу.

10. Медицинским сестрам в рамках своей компетенции необходимо проводить разъяснительные беседы с пациентами, касательно факторов риска, причин, принципах лечения, профилактики и самопомощи при ХОБЛ.

11. Медицинская сестра советует воздержаться от походов на улицу в сухой жаркий день или холодный морозный. А если выйти необходимо – предпринимать защищающие меры.

12. Медицинской сестре в ходе ухода необходимо обучить пациента гигиене кашля.

13. Медицинская сестра должна обучить пациентов мерам самопомощи, так как именно из-за одышки возникают многие осложнения ХОБЛ.

14. Медицинская сестра должна посоветовать пройти диагностику у аллерголога. Тем пациентам, которые подтверждают у себя аллергию, медицинская сестра советует придерживаться элиминационной (гипоаллергенной) диеты и полностью исключать контакт с аллергенами.

15. Медицинской сестре следует рассказать обо всех симптомах болезни и их методах контроля.

16. Медицинская сестра должна обучить пациентов гигиене кашля и объяснить необходимость сбора мокроты в отдельную емкость для профилактики инфицирования окружающих людей. Также необходимо рассказать о правилах утилизации мокроты и методах дезинфекции плевательницы.

17. Медицинская сестра рассказывает о необходимости приема назначенных лекарственных средств, обучает правилам использования карманного ингалятора, небулайзера, рассказывает о преимуществах оксигенотерапии, демонстрирует правила использования и контролирует усвоение пациентами информации.

18. Медицинская сестра в ходе ухода рассказывает о пользе прогулок на свежем воздухе, которые обогащают организм кислородом, а также о пользе ходьбы и элементарных физических нагрузках.

19. Медицинской сестре необходимо рассказать о преимуществах и пользе проведения массажа при ХОБЛ, какое действие он оказывает на организм и дыхательную систему.

20. Медицинская сестра должна объяснить механизм действия дренажного положения, описать его преимущества, а также продемонстрировать технику и проверить закрепление полученной пациентами информации.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хроническая обструктивная болезнь легких – это прогрессирующее заболевание, характеризующееся воспалительным компонентом, нарушением бронхиальной проходимости на уровне дистальных бронхов и структурными изменениями в легочной ткани и сосудах.

Хроническую обструктивную болезнь сегодня выделяют как самостоятельное заболевание легких и отграничивают от ряда хронических процессов дыхательной системы, протекающих с обструктивным синдромом (обструктивного бронхита, вторичной эмфиземы легких, бронхиальной астмы и др.). Согласно эпидемиологическим данным, ХОБЛ чаще поражает мужчин после 40 лет, занимает лидирующие позиции среди причин инвалидности и 4 место среди причин летальности активной и трудоспособной части населения.

Среди причин, вызывающих развитие хронической обструктивной болезни легких, 90-95% отводится табакокурению. Среди прочих факторов (около 5%) выделяют производственные вредности (вдыхание вредных газов и частиц), респираторные инфекции детского возраста, сопутствующую бронхолегочную патологию, состояние экологии.

Основные клинические признаки – кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышка, изменение окраски кожных покровов (цианоз или розоватый цвет).

Диагностика основана на данных спирометрии, бронхоскопии, исследовании газов крови. Лечение включает ингаляционную терапию, бронходилататоров. В случае комплексного, методичного и адекватно подобранного лечения ХОБЛ возможно снижение темпов развития дыхательной недостаточности, сокращение числа обострений и продление жизни.

Относительно полного выздоровления прогноз неблагоприятен. Неуклонное прогрессирование ХОБЛ приводит к инвалидизации.

К прогностическим критериям ХОБЛ относятся: возможность исключения провоцирующего фактора, соблюдение пациентом рекомендаций и лечебных мероприятий, социальный и экономический статус пациента. Неблагоприятное течение ХОБЛ наблюдается при тяжелых сопутствующих заболеваниях, сердечной и дыхательной недостаточности, пожилом возрасте пациентов, бронхитическом типе заболевания. Четверть пациентов с тяжелыми формами обострений погибают в течение года.

Мерами предупреждения ХОБЛ служат исключение вредных факторов (отказ от табакокурения, соблюдение требований охраны труда при наличии профвредностей), профилактика обострений и других бронхолегочных инфекций.

Медицинская сестра активно участвует в оказании лечебно-реабилитационных мероприятий и сестринской помощи пациентам с хронической обструктивной болезнью легких. Она контролирует выполнение пациентами назначенного лечения, ведет разъяснительную работу, убеждая их проходить необходимые курсы реабилитации и лечения, организует сестринский уход за пациентами с хронической обструктивной болезнью легких. Осуществляет подготовку пациентов к предстоящим лабораторным и инструментальным методам диагностики, своевременно и качественно оформляет медицинскую документацию, проводит санитарное просвещение по профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких.

В ходе практического исследования достигнута цель исследования и реализованы все поставленные задачи.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимов, В.Н. Реабилитация больных ХОБЛ [Текст] / В. Н. Абросимов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 105 с.
2. Вёрткин, А. Л. Хроническая обструктивная болезнь легких: руководство для практических врачей [Текст] / А. Л. Вёрткин, Л. А. Шпагина. – Москва: Э, 2018. - 143 с.
3. Герасимова, А. С. Хроническая обструктивная болезнь легких (клиника, диагностика, лечение): учебное пособие [Текст] / А. С. Герасимова. - Пенза: Изд-во ПГУ, 2014. – 93 с.
4. Дзеранова, Н.Я. Хроническая обструктивная болезнь легких [Текст] / Н. Я. Дзеранова, В. А. Исаков, А. В. Сизов. - Санкт-Петербург: СПбГПМУ, 2018. - 75 с.
5. Кондейевски, Д. М. ХОБЛ и бронхиальная астма [Текст] / Д. М. Кондейевски, С. МакФерсон. - Москва, 2014. - 164 с.
6. Липницкая, Е.А. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярная патология: учебное пособие [Текст] / Е. А. Липницкая , Е. А. Полунина. - Астрахань, 2016. - 48 с.
7. Мухина, С. А. Теоретические основы сестринского дела: учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальностям «Сестринское дело» [Текст] / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 366 с.
8. Никитин, В. А. Лечение клинических вариантов хронической обструктивной болезни легких [Текст] / В. А. Никитин, Л. В. Васильева. - Воронеж: Науч. кн., 2018. - 178 с.
9. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела: учебное пособие для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования [Текст] / Т. П. Обуховец, О. В. Чернова; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – 765 с.

10. Обучение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в амбулаторных условиях: учебно-методическое пособие [Текст] / Г. Е. Ройтберг, Н. В. Кондратова, Ж. В. Дорош, С. А. Тарабарин. - Москва: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, 2018. - 28 с.

11. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей: для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060501.52 «Сестринское дело» и 060101.52 «Лечебное дело» по дисциплине «Основы сестринского дела» [Текст] / [Н. В. Широкова и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 155 с.

12. Островская, И. В. Основы сестринского дела: учебник для медицинских училищ и колледжей [Текст] / И. В. Островская, Н. В. Широкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 319 с.

13. Потешкина, Н. Г. Современные взгляды на диагностику и лечение хронической обструктивной болезни легких с позиции доказательной медицины: учебное пособие [Текст] / Н. Г. Потешкина, В. А. Семенов, С. К. Аджигайтканова. - Москва: Изд-во РАМН, 2016. - 34 с.

14. Похазникова, М.А. Хроническая обструктивная болезнь легких: диагностика, распространенность, факторы риска развития и патогенетические особенности: учебно-методическое пособие [Текст] / М. А. Похазникова. - Санкт-Петербург : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2018. - 39 с.

15. Профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких: монография [Текст] / Ю. Ю. Горблянский, Н. В. Яковлева, Т. Е. Пиктунашская и др. - Ростов-на-Дону: Фонд науки и образования, 2018. - 309 с.

16. Рубан, Э. Д. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи: учебное пособие для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальности 34.02.01 Сестринское дело [Текст] / Э. Д. Рубан. - Изд. 2-е. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2018. - 334 с.

17. Теория сестринского дела: учебник для студентов высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060109.65 «Сестринское дело» [Текст] / Н. Н. Камынина [и др.]. - 2-е изд. - Москва: ИНФРА-М, 2015. – 212 с.

18. Теслинов, И. В. Психологическая и фармакологическая коррекция хронической обструктивной болезни легких: монография [Текст] / И. В. Теслинов, О. Ю. Ширяев, В. М. Усков. - Воронеж: РИТМ, 2018. - 169 с.

19. Умарова, И. А. Хроническая обструктивная болезнь легких: учебно-методическое пособие [Текст] \ / И. А. Умарова, А. И. Горелов, Н. Г. Кучеренко. - Санкт-Петербург: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2018. - 64 с.

20. Факторы, влияющие на прогрессирование ХОБЛ и бронхиальной астмы: результаты долгосрочного когортного исследования [Текст] / Теблов К. И., Спасский А. А., Фомина К. А., Жилиев Е. В. - Москва, 2015. - 71 с.

21. Хамитов, Р. Ф. Сестринское дело в терапии: учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования по направлению подготовки бакалавриата по специальности 34.03.01 «Сестринское дело» [Текст] / Хамитов Р. Ф., Ишмурзин Г. П., Подольская А. А. - Казань: КГМУ, 2018. - 175 с.

22. ХОБЛ. Слишком серьезно, чтобы быть легкомысленным. Новое в определении, классификационных критериях; некоторые подходы к терапии в реальной клинической практике [Текст] / В. Г. Шарова, В. П. Михин, А. В. Харченко, В. В. Веденьёва. - Курск: ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2015. – 115 с.

23. Хроническая обструктивная болезнь легких: монография / [Текст] А. В. Будневский, В. Т. Бурлачук, А. В. Чернов, Е. С. Овсянников. - Воронеж: Науч. кн., 2014. - 181 с.

24. Хроническая обструктивная болезнь легких: учебно-методическое пособие [Текст] / О. Ю. Чижова, Е. А. Семенова, Е. Ю. Павлова, И. Г. Бакулин. - Санкт-Петербург: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2018. - 48 с.

25. Хроническая обструктивная болезнь легких в работе врача общей практики (семейного врача): практическое пособие [Текст] / авт.-сост. Е. Г. Артемьева, Е. И. Бусалаева, В. Ю. Маленкова. - Чебоксары: ИУВ, 2014. - 68 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## Анкета пациента с ХОБЛ

1. Возраст
  - До 40 лет
  - 40-49
  - 50-59
  - 60-69
  - Старше 70
2. Пол.
  - Муж.
  - Жен.
3. Место работы
  - Связано с вдыханием производственной пыли (веществ)
  - Не связано с вдыханием пыли (веществ)
  - В условиях сырости
  - В условиях холода
  - Не работаю
4. Место проживания
  - В городе
  - За городом
5. Условия проживания
  - Удовлетворительные
  - Неудовлетворительные
6. Как часто у Вас дома проходит влажная уборка?
  - Еженедельно
  - 2-3 раза в месяц
  - 1 раз в месяц
7. Курите ли Вы?
  - Да
  - Нет
  - Курил(а) в прошлом
8. Если курите, сколько сигарет в день выкуриваете?
  - До 10
  - До 20
  - Более 20

- Более 25
9. С какого времени считаете себя больным?
- Не считаю себя больным
  - Более года
  - Более 5 лет
  - Более 10 лет
10. Какие неудобства Вам доставляет заболевание?
- Кашель
  - Затрудненное дыхание
  - Стеснение в груди
  - Слабость
  - Лихорадка
11. Испытываете ли Вы чувство стеснения в груди?
- Нет
  - Иногда
  - Часто
  - Постоянно
12. Достаточно ли Вам информации о Вашем заболевании?
- Да
  - Нет
13. Проводят ли с Вами беседы медицинский персонал?
- Да
  - Нет
14. Влияет ли плохая погода на усиление кашля?
- Да
  - Нет
  - Иногда
15. Беспокоит ли Вас кашель с мокротой по утрам?
- Да
  - Нет
  - Иногда
16. Часто ли у Вас возникает одышка?
- Нет
  - Иногда
  - Часто
  - Всегда при ходьбе
17. У Вас есть или отмечалась раньше аллергия?

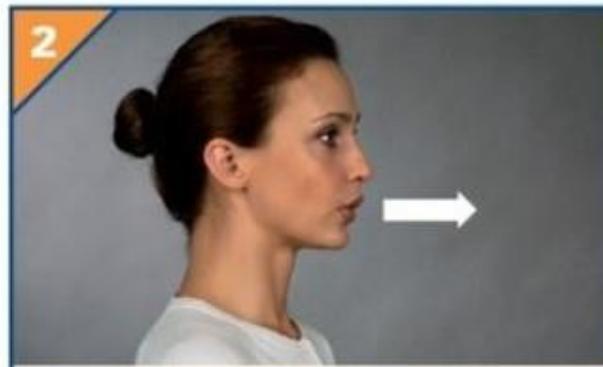
- Да
  - Нет
  - Не знаю
18. Бывают ли у Вас свисты и хрипы?
- Нет
  - Иногда
  - Часто
  - Постоянно
19. Умеете ли Вы пользоваться карманным ингалятором?
- Да
  - Нет
20. Пользуетесь ли Вы плевательницей для мокроты?
- Да
  - Нет
21. Какими лекарственными формами Вы пользуетесь регулярно?
- Таблетки
  - Карманные ингаляторы
  - Ингаляции через небулайзер
  - Оксигенотерапия
22. Как часто Вы бываете на свежем воздухе?
- Ежедневно
  - Несколько раз в неделю
  - Несколько раз в месяц
  - Не бываю
23. Проходите ли Вы курс массажа?
- Да
  - Нет
24. Принимаете ли Вы дренажное положение при кашле?
- Да
  - Нет

*Спасибо за участие в анкетировании!*

Правила пользования карманным ингалятором



1  
Снимите колпачок с мундштука вашего ингалятора.



2  
Сделайте спокойный глубокий выдох.



3  
Плотно обхватите мундштук ингалятора губами.



4  
Однократно нажмите на дно баллончика. Произведите медленный глубокий вдох.



5  
Выньте мундштук изо рта и задержите дыхание на несколько секунд.



6  
Сделайте выдох. Повторите действия 2–6 и еще 1 раз.

Дренажное положение

